



## FICHA DE CANDIDATURA Nº \_\_\_\_\_

DATA DE CANDIDATURA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

RENOVAÇÃO DE CANDIDATURA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ Nacionalidade \_\_\_\_\_  
B.I./ C.C. nº \_\_\_\_\_ Data Validade \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_  
Residência \_\_\_\_\_  
Código Postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Telef. nº \_\_\_\_\_  
Naturalidade: Freguesia \_\_\_\_\_ Concelho \_\_\_\_\_ Distrito \_\_\_\_\_  
Escolaridade \_\_\_\_\_ Profissão anterior \_\_\_\_\_  
Nome do Cônjuge \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
Filiação: Pai \_\_\_\_\_ Mãe \_\_\_\_\_  
Nº Pensionista \_\_\_\_\_ Nº Utente \_\_\_\_\_ Nº Contribuinte \_\_\_\_\_

### 2. AGREGADO FAMILIAR / SITUAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA E HABITACIONAL

Tem Filhos? Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_ Quantos? \_\_\_\_\_ Relacionamento? Ótimo \_\_\_\_ Próximo \_\_\_\_ Ausente \_\_\_\_  
Vive só? Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_ Se vive acompanhado, com quem? \_\_\_\_\_  
Casa Própria? Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_ Condições da Habitação? Boas \_\_\_\_ Razoáveis \_\_\_\_ Más \_\_\_\_  
Pensão/Reforma? \_\_\_\_\_ € Outros Rendimentos? Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_ Se sim, Valor? \_\_\_\_\_ €

### 3. SITUAÇÃO DE SAÚDE

Sofre de alguma doença? Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_ Se sim, quais? \_\_\_\_\_  
Onde recorre em caso de doença? \_\_\_\_\_  
Médico de Família \_\_\_\_\_ Centro de Saúde \_\_\_\_\_

### 4. MOTIVO DO PEDIDO DE ADMISSÃO

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 5. REPRESENTANTE LEGAL / FAMILIAR RESPONSÁVEL (não sendo o próprio)

Nome \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_  
Residência \_\_\_\_\_ Telef. \_\_\_\_\_  
Código Postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

Solicita-se ao Candidato fotocópias do: B.I. ou C.C., expressando, desde logo, o seu consentimento nas mesmas ou, caso contrário, a confirmação da sua identidade nos serviços do Lar, Cartão de Pensionista, Cartão de Utente SNS, Cartão de Contribuinte, última Declaração IRS e nota de Liquidação, Declaração anual de Pensões/Reformas que é beneficiário, nacionais e/ou estrangeiras, comprovativo de rendimentos capitais e prediais ou declaração de compromisso de honra da sua não existência e relatório do médico de família que descreva a sua situação de saúde e clínica actual, a medicação a efectuar e respectiva posologia.

Solicita-se ao Responsável fotocópias do: B.I. ou C.C. expressando, desde logo, o seu consentimento nas mesmas ou, caso contrário, a confirmação da sua identidade nos serviços do Lar, Cartão de Contribuinte, última Declaração IRS e nota de Liquidação da mesma e comprovativo de morada.

Solicita-se a consulta do Regulamento Interno do **Lar S. João de Deus** – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, em [www.scmfao.pt](http://www.scmfao.pt)

O Candidato / Responsável		A Direcção Técnica		Prioridade (1-8)
<b>Aceite para Admissão:</b> ____/____/____	<b>O/A Provedor(a)</b>	<b>Admitido em:</b> ____/____/____	<b>Admissão Nº</b>	